

Domann, Georg

## **Systemische Therapie in einer öffentlichen Institution - Kontextuelle Erfahrungen**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37 (1988) 7, S. 257-262*



Quellenangabe/ Reference:

Domann, Georg: Systemische Therapie in einer öffentlichen Institution - Kontextuelle Erfahrungen - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37 (1988) 7, S. 257-262 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-24991 - DOI: 10.25656/01:2499

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-24991>

<https://doi.org/10.25656/01:2499>

in Kooperation mit / in cooperation with:

**Vandenhoeck & Ruprecht**

**V&R**

<http://www.v-r.de>

### **Nutzungsbedingungen**

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Terms of use**

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

### **Kontakt / Contact:**

**peDOCS**  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Digitalisiert

Mitglied der

  
Leibniz-Gemeinschaft

# Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · A. Dührssen, Berlin · E. Jorswieck, Berlin  
M. Müller-Küppers, Heidelberg · F. Specht, Göttingen

Schriftleitung: Rudolf Adam und Friedrich Specht unter Mitarbeit von Gisela Baethge und Sabine Göbel  
Redaktion: Günter Presting

37. Jahrgang / 1988

VERLAG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE IM VERLAG  
VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

Die Eltern hatten die Gesprächsangebote zu Beginn der Therapie nicht angenommen. Die Kinder aber brachten offensichtlich die Thematik der Gruppentherapie zu Hause ein und veranlaßten ihre Eltern zur Kontaktaufnahme: z.T. negativ als Beschwerde über ihre geschminkten Kinder, z.T. positiv als Nachfragen, warum ihre Kinder soviel von Märchen erzählen. Beide Arten der Kontaktaufnahme führten in einigen Fällen zu intensiveren Gesprächen.

### Summary

#### *Playing Fairy Tales as a Group Therapy for Developmentally Retarded Children*

In working with developmentally retarded children fairy tale playing has been developed as group therapy under conditions of minimal participation of families. Setting, therapeutic interventions and developmental processes of children are described. As a result of this kind of group therapy all children show more abilities in play-

ing and working, more social interest and self-confidence. Children with social and emotional anxieties profited most.

### Literatur

Bettelheim, B. (1983): Kinder brauchen Märchen. München: dtv. – Buchholz, M.B. (1986): Lernbehinderung und Familie. *Psyche* 40, 263–278. – Freud, A. (1965): Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Schriften, Bd.8, München: Kindler. – Mahler, M.S./Pine, F./Bergmann, A. (1975): Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt: Fischer, 1984. – Paulsen, S. (1977): Lernstörungen bei Kindern. Frankfurt: Campus. – Petzold, H.G. (1982): Dramatische Therapie. Stuttgart: Hippokrates. – Schepank, H./Tress, W. (1987): Häufigkeit und Bedingungen psychogener Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. *Nervenheilkunde* 6, 23–26. – Thomas, G.J. (1986): Unterschicht, Psychosomatik und Psychotherapie. Eine kritische Sichtung von Forschung und Praxis. Paderborn: Junfermann.

Anschr.d.Verf.: Dipl.-Psych. Verena Maxeiner, Kurmärkische Str. 13, 1000 Berlin 30.

## Erziehungsberatung

# Systemische Therapie in einer öffentlichen Institution – Kontextuelle Erfahrungen

Von Georg Domann

### Zusammenfassung

Die Einführung von Familientherapie oder eines systemischen Arbeitsansatzes kann viele Reaktionen in der eigenen Institution und bei den Teammitgliedern hervorrufen. Der Autor beschreibt seine Erfahrungen mit der Anwendung von struktureller Familientherapie und der Einführung des „Mailänder Modells“ im Rahmen einer Beratungsstelle. Die Antwort der Institution und die Veränderung eines systemischen Ansatzes im Kontext einer öffentlichen Einrichtung werden beschrieben. Probleme eines Dienstes der ersten Instanz werden diskutiert und Möglichkeiten überlegt, auf unterschiedliche Anfragen flexibel zu reagieren.

### 1 Einleitung

Ich möchte in diesem Artikel über meine Erfahrungen mit einem strukturell-familientherapeutischen Ansatz

und der Anwendung des „Mailänder Modells“ im Rahmen einer öffentlichen Institution berichten. Ich arbeite in einer Beratungsstelle für Eltern, Jugendliche und Kinder, die nach den Richtlinien für Erziehungsberatung des Landes Nordrhein-Westfalen arbeitet und die Kleinstadt Werl und ihren ländlichen Einzugsbereich versorgt. Im näheren Umkreis gibt es außer einer Suchtberatungsstelle keine anderen psychosozialen Einrichtungen, die beratend und therapeutisch tätig sind, so daß das interdisziplinäre Arbeiterteam täglich mit einem breiten Spektrum von Problemen konfrontiert wird: von entwicklungspsychologischen Fragen, dem Wunsch nach Psychodiagnostik, Zuweisungen von Schulen bei Leistungsproblemen, Beratungszuweisungen von niedergelassenen Kinderärzten und Psychiatern bis hin zum Wunsch nach Psychotherapie bei Einzelnen, Paaren und Familien. Aufgrund unterschiedlicher therapeutischer Ausbildungswege fühlt sich das Team der Beratungsstelle keiner einheitlichen Epistemologie als Arbeitsgrundlage verpflichtet.

## 2 Ein neuer Arbeitsansatz: das Familienparadigma

Der Beginn meiner Ausbildung in Familientherapie 1979/80 brachte für die Organisation und Arbeitsweise der Beratungsstelle viele Veränderungen mit sich. Es war neu, darauf zu bestehen, sämtliche unter einem Dach lebende Familienmitglieder zu einem Gespräch einzubestellen; es war ebenfalls neu, von der traditionellen Diagnostik, die meistens in Form von Testdiagnostik durchgeführt wurde, abzurücken, nicht die Definition des Familiensystems und der Zuweisenden zu übernehmen, sondern eine in den therapeutischen Prozeß eingebettete „prozessuale“ Diagnostik zu favorisieren (Heekerens 1986).

Die Einwegscheibe erlaubte auch den übrigen Teammitgliedern, das Geschehen beim Familiengespräch zu verfolgen und somit diesen Arbeitsansatz in für alle transparenter Form hinter den verschlossenen Beratungszimmertüren hervorzuholen (Jellouschek 1982).

Der Familienansatz war stark an entwicklungs- und strukturorientierten Modellen ausgerichtet (*Satir* 1975, *Minuchin* 1977). Ich bestand darauf, in der ersten und auch in den folgenden Sitzungen die gesamte Familie im Raum zu haben. Während der Kontakt- und Warm-up-Phase versuchte der Therapeut im Reih-um jedes Familienmitglied im Hier und Jetzt zu „joinen“, um Vertrauen aufzubauen. In der Strukturerkennungs- und Problemdefinitionsphase lag der therapeutische Fokus auf der Beachtung des Systems und der Erarbeitung einer Problemdefinition auf der Basis der Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse, weg vom Indexpatienten, hin zur gesamten Familie. Die durch Reframing erarbeiteten Definitionen und Zielvorstellungen wurden in der Kontraktphase mit jedem einzelnen und der Gesamtfamilie zementiert und ein Rahmenkontrakt für das therapeutische Setting, z.B. Anzahl der Sitzungen, ausgehandelt. Enactment stand während des therapeutischen Prozesses im Vordergrund, die Arbeit an Binnen- und Außengrenzen des Familiensystems sowie die Klärung diffuser Hierarchien, um dysfunktionale Muster in der Familie aufzulösen (Domann u. Kolbe 1982).

Mit großem Enthusiasmus sollte die „kopernikanische Wende“ (Guntern 1980) in unsere psychotherapeutische Arbeit eingeführt werden. Trotz vieler Warnungen (Haley 1980) konnten in unserem zusammengewürfelten und ohnehin schon Positionskämpfen ausgesetzten Team symmetrische Eskalationen nicht vermieden werden. Das „Allheilmittel“ Familientherapie führte in eine Falle, denn die implizite Kommunikation war: „Ich will Euch zeigen, wie man Therapie macht, wie veraltet Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie etc. arbeiten und wie wenig sie aufgrund ihres Erkenntnisirrtums den Klienten nützen können.“ Diese symmetrische Botschaft konnte nichts anderes als die symmetrische Antwort provozieren: „Also zeig uns, wie gut Du bist.“ Entsprechend „schwierige Fälle“ wurden von den Teamkollegen intern zugewiesen, u.a. Familien, die lange Therapieerfahrungen auch in anderen Institutionen mit unterschiedlichen psychotherapeutischen Ansätzen gemacht hatten und für

die eine Familientherapie die große Erlösung von ihren Problemen bringen sollte. Diese Phase war gekennzeichnet durch die Verabsolutierung des Familienparadigmas und durch die Negation des institutionellen Kontextes. Es wurde so getan, als sei die Beratungsstelle ein privates Familientherapie-Zentrum und nicht ein öffentlicher Dienst mit freiem Zugang und unterschiedlichen Aufgabenstellungen, dessen Benutzer mit den verschiedensten Fragen und Anliegen vom Ratschlag bis zum Wunsch nach einer Familientherapie ein breites Spektrum bilden.

Alle Fragen sollten familientherapeutisch beantwortet werden, und so trafen die Antworten oft nicht die Nachfragen der Benutzer des Dienstes. Das rigide Überstülpen der Familienoptik für jede Fragestellung und das Ziel der Erarbeitung einer Gesamtfamiliendefinition führte dazu, daß häufig Klienten der Beratungsstelle weitere Kontakte abbrachen. Insbesondere fühlten sich häufiger „psychosomatische“ und „schizopräzente“ Familien (Stierlin 1984), die durch Zuweisung anderer Institutionen unseren Dienst aufsuchten und uns einen klaren Indexpatienten präsentierten, durch den Versuch der Einführung einer Gesamtfamiliendefinition nicht genug ernstgenommen und zu wenig in der aktuellen Situation entlastet. Dies führte beim Therapeuten oft zu zweifelnden Überlegungen, ob z.B. überhaupt Familientherapie indiziert sei, oder es wurden überholte Kategorien aktiviert, es sei die besondere Psychopathologie der Familie, die den therapeutischen Erfolg blockiere. Die unausweichliche Forderung war der Wunsch, noch speziellere Techniken kennenzulernen, um diesen besonders rigiden Psychopathologien zu Leibe zu rücken.

## 3 Die Anwendung des Mailänder Ansatzes auf eine Institution

Ab Herbst 1984 wurden schrittweise Versuche unternommen, das Mailänder Modell auf unsere Beratungssituation zu übertragen. Mit großer Vorsicht sollten symmetrische Botschaften wie bei der Einführung des Familienparadigmas vermieden werden. Auf dem Hintergrund dieser Erkenntnis entstand der Wunsch, auf lange Sicht systemisches Denken in die Institution einzuführen und eine komplementäre „one-down“-Position in bezug auf die anderen Teammitglieder einzunehmen. Fragen nach Kooperation, die bescheidene Vorstellung des eigenen Arbeitsansatzes und die Bitte um Ratschläge in schwierigen therapeutischen Situationen standen im Vordergrund.

Es wurde eine kleine familientherapeutische Arbeitsgruppe gebildet, die im Rahmen der fünf charakteristischen Sitzungsabschnitte (Tomm 1984) in regelmäßigen Abständen Familien sah. Dem Problem des zuweisenden Familienmitglieds und der zuweisenden Institution wurde verstärkt Beachtung geschenkt. Die daraus gewonnenen Informationen wurden in den Prozeß des Hypothesisierens, der zirkulären Befragung und in die Interventionsplanung mit einbezogen (Selvini et al. 1983).

Auf der therapeutischen Ebene verführte die Faszination der kennengelernten Interventionen und der damit in diesem Kontext verbundenen therapeutischen Effekte, diese Techniken unreflektiert und auch hier wiederum unter Ausblendung der spezifischen unterschiedlichen Bezüge rezeptbuchartig anzuwenden. Eine ‚lange‘ Kurzzeittherapie mit weniger als zehn Sitzungen – welcher Therapeut hätte sich nicht gerne mit magischen Zuschreibungen geschmückt.

Wir beachteten dabei nicht, daß Mailänder Interventionen im Rahmen unserer Beratungsstelle angewandt, nicht greifen konnten. Sie bezogen spezifische Probleme der Systeme, mit denen wir es zu tun hatten, in die Überlegungen nicht mit ein. Therapeutische Konsequenzen waren Fehlschläge und das Ausbleiben phantasierter Behandlungserfolge. Familien brachen die Kontakte ab, was wiederum zu Gegenreaktionen im Kollegenteam führte, den systemischen Ansatz kritisch zu hinterfragen.

Die Kollegen fühlten sich durch die therapeutischen Interventionen – zugeschnitten auf ein Zentrum für Familientherapie – immer stärker diskreditiert. Vielleicht hätte es einen kleinen Platz, eine Nische gegeben, die es erlaubt hätte, Interventionen gemäß der gelernten Technik auszuarbeiten, die aber gleichzeitig Isolation von der komplexen Kontextrealität des Arbeitsplatzes bedeutet hätte. Nach unseren Erfahrungen erscheint es notwendig, bei der Einführung des systemischen Modells darauf zu achten, dieses speziell für die öffentliche Struktur, in der wir arbeiten, zu modifizieren.

#### 4 Kontextuelles in einem öffentlichen Beratungsdienst

Nach *Selvini* (1983) wäre es ein Fehler, einen Dienst der ersten Instanz, wie unsere Beratungsstelle, in einen Dienst zweiter Instanz, einen Spezialdienst für Familientherapie umzuwandeln. Die Vorteile der ersten Instanz nämlich, ein breites Spektrum an Anliegen und Behandlungsindikationen vorzufinden, würde aufgegeben werden. Die Einengung auf Familientherapie bedeutet immer eine implizite negative Konnotation für die Familie, speziell für die Eltern: „Eure Kommunikation stimmt nicht, Ihr habt versagt, und deshalb müssen wir Euch helfen“; außerdem wird signalisiert: „Immer wenn wir Euch sehen, bedeutet das Therapie.“ Dies erhöht die Schwelle für die Klienten, die Behandlungsform überhaupt zu akzeptieren. Andererseits steht ein Dienst der ersten Instanz in einer paradoxen Situation: wird nicht betont, daß Familientherapie Vorrang hat, werden entsprechende Familien nicht zugewiesen; würde als Arbeitsschwerpunkt Familientherapie deklariert, kämen Familientherapiezuweisungen, aber andere Klienten/Benutzer des Dienstes blieben aus, was eine indirekte Selektion bedeuten würde. Wenn Klienten mit einer Anfrage auf die Ebene der ersten Instanz abzielen und die Mitarbeiter reagieren mit einer Antwort als Instanz zweiter Ebene, sind Probleme voraussagbar.

Aus Erfahrungen mit dem systemischen Modell im Rahmen eines öffentlichen Dienstes haben *Selvini* (1983)

im Rahmen ihrer Supervisionstätigkeit im Sozialpsychiatrischen Dienst von Corsico (in der Nähe von Mailand) sowie *Bassoli* und *Benuzzi* (1984) in ihrer Tätigkeit im Sozialpsychiatrischen Dienst in Modena hingewiesen. Folgende Überlegungen könnten auch für unsere Institution hilfreich sein: Während in einem Zentrum für Familientherapie schon bei der telefonischen Anmeldung ein Therapeut nicht nur Daten abfragt, sondern Beziehungsfragen stellt und z. B. Koalitionen erfragt, ist in einer öffentlichen Institution erster Instanz meistens die Anlaufstelle für die erste Anmeldung das Sekretariat, in einem psychiatrischen Dienst die Krankenschwester. Wenn es gelänge, beim (telefonischen) Erstkontakt Beziehungsfragen zu stellen, ohne Widerstand zu bewirken, könnte der Familie, die ja Beziehungsfragen in bezug auf die Kernfamilie und die äußere Familiensituation nicht unbedingt erwartet, die implizite Information gegeben werden: Diese Stelle ist sehr interessiert an den Beziehungen. Dies könnte eine Familie leichter vorbereiten, eine spätere Familientherapie zu akzeptieren. Gleichzeitig bedeutet dies, daß ein Zusammenhang hergestellt wird zu dem, was später im Rahmen des Dienstes vorgeschlagen wird. Dieses Vorgehen beinhaltet ebenfalls eine Klientenauswahl: Familien, die eine beziehungsorientierte Methode ablehnen, bleiben vermutlich in Zukunft dem Dienst fern. Auf diese Weise könnte sich das Team Frustrationen ersparen.

Eine weitere Möglichkeit besteht in der Einführung einer sogenannten „Familienberatung“ oder „Familienkonsultation“, um eine Spaltung des Teams, das Etikett „Therapie“ und somit die implizite Annahme einer Pathologie zu vermeiden (*Bassoli* u. *Benuzzi* 1984).

Der Kontext einer Beratung besteht in einer Situation zwischen Klient und Experten, die kurze Zeit dauert, in der die Klienten ihre Schwierigkeiten dem Experten vorstellen. In einer solchen Situation ist die Erwartung des Klienten, adäquate Informationen zu erhalten, um zu definieren, was das Problem ist, oder zu klären, was die Natur des Problems ist. Außerdem erwartet er Informationen, um zu neuen Wahlmöglichkeiten zu kommen, die richtige Lösung zu finden.

Der Kontrakt besteht in der Klärung, welche Nachfrage besteht und in der Entwicklung einer Antwort von seiten des Experten (*Selvini* 1985). Die Intervention der Familienberatung besser noch definiert als systemische Beratung, denn sie kann auch auf Gruppen und größere Systeme angewandt werden, in denen sich Probleme zeigen und in die nur am Rand Familien involviert sind, gibt die Möglichkeit, die Perspektive zu erweitern und eine unbegrenzte Summe von Antworten zu entwickeln, ohne sich in den Gegensatz der Systemregeln der eigenen Institution zu geben.

Soziale Interventionen, Hausbesuche, Kriseninterventionen, Familientherapie oder aber auch der Entschluß, auf Anfragen keine Antwort zu geben – all diese Techniken anzuwenden bedeutet, eine Erweiterung des Handlungsspielraums und die Nutzung verschiedener Ebenen eines ökologischen Musters (*Cecchin* 1985).

Für den Fall, daß Familientherapie indiziert erscheint,



gibt es unterschiedliche Varianten des Vorgehens. Nach *Selvini* (1985) wäre es möglich, an die eigene Einrichtung zu überweisen. Am Ende der Sitzung könnte erklärt werden, Familientherapie sei indiziert. Es wird kein neuer Termin gegeben, sondern die Familie solle über das Angebot nachdenken. Dies wäre ein Test für eine zukünftige Therapiemotivation, erwiese sich dann aber als wenig effektive Strategie, wenn nur wenige Familien um einen Termin bitten würden. Was dieses Vorgehen zumindest vermeidet, sind symmetrische Kämpfe.

Ein weiteres Vorgehen wäre, eine Familientherapie nicht zu deklarieren, sondern nach der Sitzung zu neuen Terminen einzuladen und als Experten zu betonen, weitere Gespräche seien notwendig.

Eine dritte Möglichkeit wäre, die Familie verantwortlich zu machen in einer positiven Form: Das Kind zu „retten“, den Ehemann zu unterstützen, die Probleme des Indexpatienten zu finden etc. und daher einen Kooperationskontrakt zu schließen. Letzteres erscheint uns recht schlüssig. Augenblicklich befindet sich unser Dienst in der Situation, mit unterschiedlichen Vorgehensweisen zu experimentieren und die Reaktion der Familie darauf zu beobachten. In unserer Alltagspraxis hat es sich ebenfalls als sinnvoll erwiesen, potentielle Zuweiser für unseren Dienst zu instruieren, zur „Beratung“ zuzuweisen und nicht zur „Therapie“, solange nicht die besondere Nachfrage gegeben ist oder das Problem nicht so klar festgestellt wurde, daß die Familie die Logik als Familie in Therapie zu gehen, einsehen kann (*Simon* 1983).

Zur Zeit laden wir das unserer Meinung nach signifikante Problemsystem, z.B. die Kernfamilie mit dem Zuweisenden, die Familie allein oder ein Subsystem ein, um dann nach einer oder mehreren systemischen Konsultationssitzungen den Beteiligten unseren Eindruck der Situation mitzuteilen und gegebenenfalls einen Vorschlag zu machen. Einige Fallbeispiele sollen dies verdeutlichen.

## 5 Fallbeispiele

### 5.1 Die Empfehlung zu einer Psychotherapie

Auf Anraten der Klassenlehrerin meldet das Ehepaar F. die 11jährige Adoptivtochter P. an, die die 5.Klasse des Gymnasiums besucht. P. falle im Klassenverband durch Lustlosigkeit und Unkonzentriertheit auf, lenke andere Klassenkameraden ab und zeige Leistungsprobleme in 2 Hauptfächern. Dem Votum des Schulpsychologen folgend, P. für Hauptschule oder eine Gesamtschule anzumelden, sei man nicht nachgekommen, da die Adoptivtochter ihrer Meinung nach das Gymnasium schaffen müsse, was auch die derzeitige Klassenlehrerin bestätige. Augenblicklich übertrage sich P.s „schiefe Motivation“ und ihre Unstetigkeit auch auf die häusliche Situation. Zwischen der Mutter und P. gebe es ständig Auseinandersetzungen. Beide Eltern betonen, sie sähen primär Verhaltensprobleme, vielleicht sei auch die „genetische Veranlagung“ prägend; die leibliche Mutter werde in einem nahen psychiatrischen Landeskrankenhaus wegen chronischer Schizophrenie seit langen Jahren stationär betreut. Der Vater arbeitet nach einer Umschulung aus einem

technischen Beruf als Erzieher in einem nahen Kinderheim. Auch die Mutter hat durch ihre frühere Tätigkeit als Hauswirtschaftsmeisterin Berufserfahrung im Rahmen der Heimerziehung. In der Familie lebt außerdem eine 11jährige Pflegetochter und ein 6jähriger Adoptivsohn sowie die erwachsene entmündigte Halbschwester der Mutter.

Zum ersten ausführlichen Interview wird die Gesamtfamilie und die zuweisende Lehrerin eingeladen. Die Sitzung ist gekennzeichnet durch die minuziöse Schilderung der Schularbeits-situation von P., die pädagogischen Anstrengungen und den enormen Leistungsanspruch der Eltern. Nach ausführlicher zirkulärer Befragung auch zu Zukunftsaspekten der Familienentwicklung geben wir folgende Intervention: Wir seien beeindruckt, mit welcher großer pädagogische Energie und Flexibilität sie als Adoptiveltern bisher den Problemen begegnet seien, sicherlich auch gefördert durch das Engagement und das Verständnis der Klassenlehrerin. Wenn eine andere Familie mit einer ähnlichen Problematik zu uns gekommen wäre, hätten wir dem Schulpsychologen zugestimmt, einen Schulwechsel empfohlen oder andere pädagogische Vorschläge gemacht. In ihrem Fall hielten wir dies nicht für notwendig, denn dann würden wir ihr eigenes pädagogisches Wirken diskreditieren. Aus diesen Gründen würden wir eher eine Psychotherapie für P. unter Mithilfe von Eltern und Geschwistern vorschlagen, die hier im Hause angeboten werden könnte.

4 Wochen später erscheint die Familie sichtlich entspannter zum nächsten Termin. Es habe sich in der Zwischenzeit „Einiges“ getan. P. sei zur Gesamtschule in der Nachbarstadt angemeldet worden, wo sie sich nun sehr wohl fühle, was wiederum auch positive Auswirkungen auf die häusliche Situation habe. Die eigentliche Fragestellung habe sich für sie erledigt, sie möchten jedoch zu einem anderen Zeitpunkt über Beziehungsschwierigkeiten in der Familie sprechen, die sich aus der Unterschiedlichkeit ihrer Zusammensetzung ergebe.

### 5.2 Eine Familientherapie wird verweigert

Der 26jährige Herr K. meldet sich nach einigen Jahren wiederum wegen starker Ängste in der Beratungsstelle an. Er fühle sich ständig von anderen beobachtet und ausgelacht. Er habe in letzter Zeit häufiger Déjà-vu-Erlebnisse, was ihn stark beunruhige. Auch überlege er, wie er es schaffen könne, in einen katholischen Orden einzutreten. Vor einem Jahr habe sich seine Freundin wegen eines anderen Partners von ihm getrennt. Die gemeinsame Tochter habe sie mitgenommen. Er sei daraufhin wieder zu seinen Eltern gezogen, was wohl ein Fehler gewesen sei. Seit kurzem habe er eine kleine eigene Wohnung, nicht weit vom elterlichen Haus entfernt, nehme aber bei der Mutter die Mahlzeiten ein. Der durch sie vermittelten Tätigkeit in einem nahen Maurerbetrieb könne er Augenblicklich nicht nachkommen, da er ständig von innerer Unruhe getrieben sei. Mehrere stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken nach akuten Krisen hätten keine Besserung seiner Situation bewirkt. Augenblicklich sei er zu hoch neuroleptisch dosiert, was er abbauen möchte. Außerdem wolle er durch Gespräche auf andere Gedanken kommen, um besser mit seiner Krankheit fertig zu werden. Nach 2 Einzelgesprächen mit dem Klienten schaltet sich kurze Zeit später seine 62jährige Mutter ein, die auf Initiative des älteren Bruders Familiengespräche anbahnen möchte. Zum Familiengespräch kommen die Eltern mit dem Klienten, der entfernt studierende Bruder und die am Ort wohnende verheiratete ältere Schwester. Einen zentralen Stellenwert nimmt für uns die Rolle des zuweisenden älteren Bruders ein, die wir im Rahmen des Interviews untersuchen (*Selvini* 1986).

Abschließend teilen wir mit, daß wir dem Wunsch nach Familientherapie nicht nachkommen. Wir verweisen auf die angesehene Position des Bruders in der Rolle des „Familienberaters“, die ihn an zu Hause binde und ihm die Rechtfertigung gebe, sich nicht ablösen zu müssen, aus Verpflichtung dem „kranken Bruder“ gegenüber. Als „Star“ der Familie werde er von allen bewundert und der erkrankte Bruder versorge ihn mit der Entschuldigung, innerlich bei der Familie bleiben zu können. Seine eigenen Ablösungsversuche im Rahmen einer Einzeltherapie werden positiv konnotiert.

Einige Tage später erreicht uns ein Brief des zuweisenden Bruders. Wir hätten einen wunden Punkt angesprochen: Die Rolle des Beraters, in die er sich oft gedrängt gesehen habe. Inzwischen habe er zumindest eine äußere Ablösung vom Elternhaus vollendet. Um diesen Ablösungsprozeß, zu dem auch die Ablösung von dem eingegengten Rollenverhalten zu seinem Bruder gehöre, zu vervollständigen, und Herrn K. und seinen Eltern aus ihrer deprimierenden Lage zu helfen, habe er die Gespräche mit uns „in den Stiel gestoßen“. Diese Gespräche seien von ihm eher dazu gedacht, sich aus der Verpflichtung zu befreien, auch aus dem schlechten Gewissen, daß er nicht seine Hilfe abrupt aufkündigen könne, ohne etwas an die Stelle zu setzen. Insofern sei er sehr froh darüber, daß wir ihn in seinem Ablösungsprozeß unterstützen wollten, allerdings in einer anderen Art, als er es sich gedacht habe. Er habe sich vorgestellt, eben gerade durch diese Familiensitzungen die Beraterposition ablegen zu können, an uns weiterzugeben, da wir aus einer neutralen Position in diesem Zusammenhang besser wirken könnten. Er befürchte, wenn es zu keinem weiteren Familientermin komme, daß er von seinen Eltern wieder in diese Rolle gedrängt werden könne. Wir bleiben bei unserer Weigerung, um so den Zuweisenden aus seiner angenommenen Metaposition auf die Familienebene zurückzubringen. Gleichzeitig schlagen wir die Einladung zum Bündnis Zuweiser/Therapeut aus und weisen auf den „Gewinn“ hin, der ihm indirekt durch die Symptomatik des Bruders zufällt (Selvini 1986). In der Katamnese erfahren wir, daß die Herrn K. belastenden Symptome verschwunden seien und er sich häufiger außerhalb der Familie aufhalte. Auch der Bruder sei immer seltener an Wochenenden im Elternhaus. Herr K. sehe recht optimistisch in die Zukunft, denn er trete demnächst eine Rehabilitationsmaßnahme in Süddeutschland an.

### 5.3 Die Empfehlung von begleitenden Gesprächen

Nach Anmeldung der 10jährigen Tochter wegen Leistungsschwierigkeiten und Kontaktproblemen sehen wir im 1. Gespräch die Eltern, den 15jährigen Bruder und die 10jährige Tochter. Frau M. habe gerade wegen starker Depressionen einen stationären Kuraufenthalt hinter sich gebracht, jedoch ohne große Behandlungseffekte. Wir explorieren die Beziehung zu den involvierten Helfern und die bisherigen Lösungsversuche. Für die Familie steht die „Krankheit“ der Mutter im Vordergrund. Im Gespräch zeigt sich eine Spaltung zwischen den Ehepartnern. Frau M. möchte Gespräche, obwohl sie annimmt, Ursache ihrer „Hochs“ und „Tiefs“ sei eine Stoffwechselstörung. Herr M. vermutet als Ursache Umwelteinflüsse wie mangelnde Sozialkontakte seiner Frau, fehlende Arbeit etc., nimmt aber an, Psychopharmaka und körperorientierte Behandlung beim niedergelassenen Arzt seien am hilfreichsten. Zum 2. Gespräch kommt Frau M. allein ohne Ehemann und Kinder. Herr M. habe nicht mehr mitkommen wollen, da er nicht einsehen würde, was die vielen Fragen zur Verbesserung der Situation beitragen könnten; die Kinder hätten andere Aktivitäten geplant. Es folgt eine ausführliche Befragung der Klientin zur eigenen Her-

kunfts familie und zu der des Ehemannes, wobei auf beiden Seiten kritische Lebensereignisse stark über die Familiengrenzen hinaus tabuisiert wurden. Um auch den Ehemann in unsere Abschlußintervention mit einzubeziehen, entscheiden wir uns, der Familie brieflich unsere Überlegungen mitzuteilen: Frau M. habe sehr unter der Krebserkrankung und dem Verlust des Bruders gelitten, zu dem sie eine sehr enge Beziehung gehabt habe. Sie möchte zwar darüber sprechen, indem sie aber eher eine Stoffwechselstörung annehme, über die natürlich nicht gesprochen werden müsse, sei sie mit ihrem Mann und seiner Familiengeschichte sehr solidarisch. Herr M. sei vermutlich sehr belastet gewesen durch den kranken Vater, den alkoholabhängigen, unmündigen Bruder und den Tod seiner Mutter, die sich am 2. Geburtstag seiner Tochter erhängt habe. Durch neugieriges Fragen von außen habe man ihm bisher wahrscheinlich sehr zugesetzt, manchmal auch Schuldige gesucht. Dies seien Lebensereignisse, über die er lieber nicht sprechen möchte. Manch einer hätte in einer solchen Situation einen Psychotherapeuten aufgesucht, um die Trauer und die Verluste zu bearbeiten. Bei ihnen sei das jedoch anders. Daher, weil sie für sich augenblicklich eine gute Lösung gefunden hätten, hielten wir eine Psychotherapie nicht für angezeigt, weder für die Frau allein, noch in Begleitung des Mannes. Denn sonst müßten wir für den Ehemann eine noch depressivere Reaktion prognostizieren, als jetzt seine Ehefrau gezeigt habe, für die Partnerschaft größere Konflikte und im Rahmen einer Einzeltherapie eine größere Distanzentwicklung zum Ehemann. Wir würden daher begleitende Gespräche für das Ehepaar vorschlagen, und zwar in sehr weitem Abstand, das nächste, wenn sie Pause von der Depression habe.

### 5.4 Vor klar indizierter Familientherapie wird gewarnt

Herr A. meldet auf Anraten eines Kinderneurologen seinen 3jährigen Sohn wegen allgemeiner Entwicklungsverzögerung und Sprachproblemen an; kurze Zeit später seinen 7jährigen Sohn wegen eines Blinzeltics mit Gesichtsgrimassieren. Beim ersten Gespräch sehen wir die Mutter, die als Lehrerin tätig ist, den Vater, der sich selbst als Hausmann bezeichnet, und ihre 4 Kinder. Die Symptome des älteren seien zwar momentan verschwunden, er falle jedoch neuerdings durch Lügen und Aggressivität Gleichaltrigen gegenüber auf. Um seine Schwierigkeiten zu ergründen und zu erfahren, wie man ihm helfen könne, habe man den Termin wahrgenommen. Die Sitzung ist gekennzeichnet durch die kühle Distanz der Ehepartner, die sich gegenseitig mit unterschiedlichen Erziehungsanforderungen an die Kinder in ihrer Rolle diskreditieren. Zur 2. Sitzung erscheint Frau A. nur mit den Kindern. Frau A. spricht an, daß der Graben zwischen ihr und ihrem Mann nicht größer sein könne, sie hätte sich schon längst von ihm getrennt, bleibe jedoch augenblicklich wegen der Kinder. Sie sehe schon Zusammenhänge zwischen den Schwierigkeiten bei den Kindern und ihrer Paarsituation, habe sich jedoch hier eine „technische Lösung“ erhofft.

Wir schicken der Familie folgenden Kommentar nach Hause: Wir sähen eine klare Indikation für eine Familientherapie, zögerten aber sehr, in ihrer besonderen Situation ihnen zuzuraten. Wenn es darum ginge, ihnen eine logopädische Behandlung vorzuschlagen oder eine Einzeltherapie, hätten wir keine Zweifel, da diese Art der Intervention mehr als „technische Lösung“ nur sehr langsam wirkende Veränderungen hervorrufen würde. Bei einer Familientherapie wäre das Risiko großer Veränderungen gegeben, da die kindlichen Symptome sehr schnell verschwinden würden. Indem die Kinder Symptome präsentierten, hätten sie lange Zeit den Zweifel verdeckt, den das Ehepaar miteinander habe. Indem sie so auf die Elternebene abgelenkt seien, würden

die Kinder ihren Beitrag dazu leisten, daß das Ehepaar die Entscheidung, ob es sich trennt, verzögern könne. Eine Familientherapie sei zwar die Methode der Wahl, brächte aber ein großes Risiko mit sich, da dann die anderen Probleme in den Vordergrund treten würden, vor deren Lösung sie sich eigentlich fürchteten. Daher würden wir ihnen empfehlen, mindestens 3 Monate zu warten und gut zu überlegen, ob sie den Mut haben, diesem Risiko ins Auge zu blicken.

## 6 Schlußbemerkungen

Wir haben inzwischen gelernt, daß systemische Therapie und Familientherapie nicht das gleiche bedeuten. Familientherapie stellt einen besonderen Anwendungsbe- reich von systemischer Therapie dar. Die kontextuellen Aspekte für die Konstruktion therapeutischer Wirklichkeiten sind für uns zunehmend bedeutsamer geworden. Jede Institution hat eine spezifische Kultur (Cecchin 1986, zum Wortgebrauch von ‚Kultur‘ vgl. Elias 1976) und antwortet unterschiedlich auf Anfragen. Es gibt Einrichtungen, die den Kontext erweitern, andere wiederum verengen ihn und reduzieren die Komplexität. Arbeiten wir systemisch, muß dies für jeden einzelnen Dienst genau analysiert werden, jedoch auch hier erscheint es wichtig, Erkenntnisse der „zweiten Kybernetik“ zu berücksichtigen. Die frühere Implikation: „Das System bringt das Problem hervor“ muß um eine neue Epistemologie erweitert werden, die impliziert, daß das Problem das System hervorbringt, und daß sich um ein spezielles Problem herum eine Familie organisiert und als Antwort der Gesellschaft behandelnde Professionelle und Instanzen (Hoffman 1985).

In einer Institution der ersten Instanz wie der unsrigen könnte ein Schwerpunkt sein, durch systemisches Denken Anfragen in verschiedener Form zu analysieren, durch zirkuläres Fragen eine Inanspruchnahme der Benutzer zu hinterfragen und im Rahmen der Teamdiskussion Antworten zu entwickeln, die zusätzlich neue Informationen einführen. Eine flexible Kontext-Wahrnehmung kann dazu beitragen, den Widerspruch zwischen einem Familientherapie-Zentrum und gemeindenaher Arbeit zu überwinden.

## Summary

### *Systemic Therapy In a Public Institution. Experiences In the Framework of a Counseling Centre*

Introducing family therapy or a systemic approach into an established institution as an alternative method may provoke many reactions, both within the institution itself and among its team members. The author describes

his experiences with the application of structural family therapy and the introduction of the ‚Milan model‘ into the framework of a counseling centre. The response of the centre and the modification of a systemic approach in the context of a public service are described. Problems of a first level service are discussed and the possibility of reacting to different demands flexibly is considered.

## Literatur

- Bassoli, F. u. Benuzzi, D. (1984): La „scheda“ e la „consultazione familiare“ come strumenti di integrazione sistemica in una equipe interdisciplinare di un SIMAP. Psichiatri presso la U.S.L. Nr.16 di Modena. SIMAP. – Campbell, D. u. Draper, R. (Hrsg.) (1985): Applications of systemic family therapy – the Milan approach. London: Grune & Stratton. – Cecchin, G. (1985): Campbell, D. u. Draper, R. (Hrsg.) Twenty more questions – selections from a discussion between the Milan associates and the editors, S.275–293. – Cecchin, G. (1986): pers. Mitteilung. – Domann, G. u. Kolbe, A. (1982): Des Kaisers neue Kleider oder wie die Familie in die Verhaltenstherapie Einzug hält. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 1, 45–51. – Elias, N. (1976): Über den Prozeß der Zivilisation. Bd. 1. Frankfurt/M.: Suhrkamp. – Guntern, G. (1980): Die kopernikanische Revolution in der Psychotherapie: Der Wandel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma. Familiendynamik, 1, 2–41. – Haley, J. (1980): Warum ein psychiatrisches Krankenhaus Familientherapie vermeiden sollte. Kontext Nr.2, 76–95. – Heekerens, H.-P. (1986): Zehn Jahre Familientherapie in Erziehungsberatungsstellen. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 35, 294–302. – Hoffman, L. (1985): Beyond power and control: Toward a „second order“ family systems therapy. Family Systems Medicine, 3, 381–196. – Jellouschek, H. (1982): Familientherapie – und die Folgen. Die Auswirkungen familientherapeutischer Arbeit auf die Organisation und Arbeitsweise einer Beratungsstelle. Familiendynamik, 2, 159–170. – Minuchin, S. (1977): Familie und Familientherapie. Freiburg: Lambertus. – Satir, V. (1975): Selbstwert und Kommunikation. München: Pfeiffer. – Selvini-Palazzoli, M. (1983): Über die Familientherapie hinaus – Wie ein globales systemisches Konzept entsteht. Familiendynamik, 2, 166–181. – Selvini-Palazzoli, M. (1985): Metamorphosis of a district psychiatric Center, Workshop Heidelberg. – Selvini-Palazzoli, M. (1986): Das Problem des Zuweisenden: Geschwister als Zuweiser. Zeitschrift für system. Therapie 1, 47–61. – Selvini-Palazzoli, M. et al. (1983): Das Problem des Zuweisenden. Zeitschrift für system. Therapie 3, 11–20. – Simon, R. (1983): Issues in the referral for family therapy. Family Systems Medicine, 1, 56–61. – Stierlin, H. (1984): „Psychosomatische“ und „schizo-präsente“ Familien: Wechselfälle der bezogenen Individuation. Familiendynamik, 3, 279–294. – Tomm, K. (1984): One perspective on the milan systemic approach, part II. Description of session format, interviewing style and interventions. Journal of Marital and Family Therapy 10, 253–271.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Georg Domann, Beratungsstelle für Eltern, Jugendliche und Kinder, An der Kleinbahn 1, 4760 Werl.